居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更 | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名 | | | | | | | |  | | | | | 居宅介護支援事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 電話番号  担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | サービス開始（変更）年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 | | | | | | | | | | | | ※変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 下妻市長　様  　　上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届け出ます。  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | | | * 被保険者資格　□　届出の重複　□　居宅介護支援事業者事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　居宅サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で掲示することに

**□　同意します　　　□　同意しません**

（注意）

１　この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに下妻市へ提出してください。なお、届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添えてください。

２　居宅サービス計画の作成を依頼する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず下妻市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。